Anna Biel
ORCID: 0009-0004-1267-558X

Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z 29.12.2014 r. I ACa 393/14 – wina organizacyjna zakładu leczniczego

DOI: 10.70537/eas0sb89

Streszczenie

Glosa dotyczy wyroku Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z 29.12.2014 r. w sprawie dotyczącej zakażenia powódki wirusem HCV w trakcie pobytu w szpitalu. W sprawie tej sądy musiały rozstrzygnąć kwestie odpowiedzialności deliktowej placówki medycznej, opierając się na dowodach z dokumentacji medycznej, opiniach biegłych oraz zeznaniach stron. Główną osią sporu była możliwość zakażenia w szpitalu i ewentualne zaniedbania ze strony personelu medycznego. Wyrok Sądu Apelacyjnego opierał się na przyjęciu tzw. winy anonimowej oraz konstrukcji dowodu *prima facie*, jednak analiza proceduralna wskazuje na pewne wątpliwości w zakresie ustalania odpowiedzialności szpitala. Rozważania zawarte w glosie wskazują na istotne problemy związane z odpowiedzialnością za zakażenia szpitalne, w tym na trudności dowodowe pojawiające się w procesach medycznych. Krytyce poddano fakt, że sąd w dużej mierze oparł swoje orzeczenie na domniemaniu faktycznym, nie dysponując konkretnymi dowodami na zaniedbania ze strony personelu medycznego.

Słowa kluczowe: wina organizacyjna, zakażenie HCV, odpowiedzialność deliktowa, zakażenie szpitalne, wina anonimowa, dowód prima facie

Teza

Według koncepcji winy, przyjętej w kodeksie cywilnym, łączy ona w sobie element obiektywny z subiektywnym. Pierwszy z nich oznacza niezgodność działania sprawcy z określonymi regułami postępowania, czyli każde zachowanie niewłaściwe, a więc niezgodne z przepisami prawa bądź naruszające obowiązujące reguły wynikające z zasad wiedzy medycznej i doświadczenia zawodowego bądź sprzecznego z powszechnie obowiązującymi zasadami współżycia. Element subiektywny winy wyraża się w nastawieniu psychicznym sprawcy szkody przejawiającym się w postaci umyślności lub nieumyślności. W zakresie dotyczącym techniki medycznej może ona wyrażać się w niewiedzy lekarza czy personelu medycznego, nieostrożności w postępowaniu, nieuwadze bądź też niedbalstwie, polegającym na niedołożeniu pewnej miary staranności. Nie może przecież ulegać wątpliwości, iż obowiązkiem lekarza i całego personelu placówki medycznej jest dołożenie należytej staranności w leczeniu pacjenta, z uwzględnieniem cech każdego indywidualnego przypadku. Podstawowym obowiązkiem zakładu leczniczego jest zapewnienie odpowiedniego standardu świadczonych usług, a oprócz umiejętności i biegłości zawodowej – także troski o chorego i staranności. Wina organizacyjna zakładu leczniczego może się więc przejawiać w zaniedbaniach w zakresie organizacji, bezpieczeństwa, higieny i opieki nad chorym. Bez znaczenia jest przy tym, który z pracowników szpitala dopuścił się niedbalstwa, gdyż przyjmowana jest w takim wypadku reguła winy anonimowej. Brak należytej staranności personelu pacjent musi udowodnić. Ustalenia w tym zakresie mogą być oparte na notoryjności (art. 228 k.p.c.), przyznaniu (art. 229, 230 k.p.c.) lub domniemaniu faktycznym (art. 231 k.p.c.).

Glosa

1. W tej sprawie powódka dochodziła od pozwanego szpitala zadośćuczynienia w kwocie 250 tys. zł za zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu C oraz kwoty 2788,28 zł tytułem odszkodowania z tytułu wydatków na leki. W uzasadnieniu pozwu powódka wskazała, iż w okresie pobytu

na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej pozwanego szpitala od 8.05 do 16.05.2008 r. doszło u niej do zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C, a leczenie interferonem i rybawiryną przerwano z dniem 1.03.2012 r., gdyż okazało się ono wobec powódki nieskuteczne. Powódka podkreślała, iż jest osobą młodą i na skutek choroby całe jej życie uległo diametralnej zmianie. Zdaniem powódki dochodzona kwota 250 tys. zł tylko w niewielkim stopniu stanowić może rekompensatę za już doznane cierpienia, ból i ogromny dyskomfort życia. Nadto powódka podała, iż w związku z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C jest zmuszona przyjmować leki, których koszt na datę wniesienia pozwu to kwota 1640,56 zł, zaś w okresie od czerwca 2012 r. do listopada 2013 r. – dodatkowo kwota 1147,72 zł.

W odpowiedzi na pozew szpital wniósł o oddalenie powództwa. Wskazał, że powódce zostało udzielone świadczenie zdrowotne w postaci operacji laparoskopowego usunięcia wyrostka robaczkowego, zaś zabieg zakończył się powodzeniem, bez powikłań, został przeprowadzony zgodnie z najwyższymi standardami, w tym sanitarnymi, z uwzględnieniem aktualnego stanu wiedzy medycznej, a pacjentka została wypisana w stanie dobrym. Zdaniem pozwanego szpitala brak wcześniejszego ujemnego wyniku anty-HCV sprzed 2008 r. i dodatni wynik w 2010 r. nie upoważnia do określenia pozwanego szpitala jako miejsca zakażenia, a czasu zakażenia nie można dokładnie stwierdzić.

Sąd I instancji ustalił, iż na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego nie można z całą pewnością potwierdzić, że zakażenie nastąpiło w pozwanym szpitalu w czasie zabiegu, nie można jednak tego wykluczyć (brak wcześniejszych badań w kierunku zakażenia, stwierdzenie obecności przeciwciał po dwóch latach po zabiegu, wynik biopsji wskazujący na zakażenie – bez cech aktywnego zapalenia ani włóknienia, co świadczy o zakażeniu, a nie o zapaleniu wątroby ostrym lub przewlekłym, pobieranie krwi w poradni kardiologicznej). Nie można jednak wykluczyć, że do zakażenia doszło w pozwanym szpitalu. Sąd ustalił również, że podwyższone parametry wątrobowe w dniu 13.05.2008 r., w czasie pobytu powódki na oddziale chirurgii, mogą przemawiać za wcześniejszym zakażeniem HCV – być może dużo wcześniejszym. Brak

jednak badań serologicznych sprzed 2010 r. uniemożliwia stwierdzenie, w jakich okolicznościach doszło do zakażenia HCV. Wirusowe zapalenie wątroby typu C jest chorobą zakaźną, w której do zakażenia dochodzi drogą pozajelitową (w trakcie wykonywania tatuaży, pobierania krwi, stosowania iniekcji i zabiegów medycznych, m.in. stomatologicznych, źle wysterylizowanym sprzętem medycznym, u fryzjera – przy goleniu i strzyżeniu kilku klientów tą samą maszynką). Najczęściej choroba przebiega bezobjawowo – często przez wiele lat.

Powódka przebyła wcześniej zakażenie HBV, które zwalczyła. Biegła uszczegółowiła, że do zakażeń HBV – w porównaniu do zakażeń HCV – często dochodzi drogą seksualną. Biegła sądowa wskazała, iż z reguły jednoczesne zakażenia HBV oraz HCV nie przebiegają bezobjawowo, lecz mają ciężki przebieg kliniczny, zaś zarażenia o takim gwałtownym charakterze nie stwierdzono u powódki. Potencjalnie można sobie co prawda wyobrazić także możliwość jednoczesnego bezobjawowego zakażenia HBV i HCV, ale takie sytuacje – jak potwierdziła w opinii pisemnej biegła – są bardzo rzadko spotykane.

Opierając się na słowach powódki, biegła wskazała, że nie sposób ustalić, w jakich warunkach nastąpiło zakażenie, i zarażenie powódki wirusem HCV mogło zarówno nastąpić w pozwanym szpitalu w okolicznościach przez nią opisanych, jak i wcześniej, tym bardziej że podwyższone parametry wątrobowe w dniu 13.05.2008 r., w czasie pobytu powódki na oddziale chirurgii, mogą przemawiać za dużo wcześniejszym zakażeniem HCV. Sąd I instancji uznał odpowiedzialność szpitala oraz zasądził odszkodowanie. Obie strony wniosły apelacje od wyroku, z tym że powódka zakwestionowała wyłącznie wysokość zasądzonego odszkodowania.

Składając na rozprawie apelującej dodatkowe wyjaśnienia, biegła, która wydała opinię w sprawie, na pytanie Sądu Apelacyjnego oceniła „w końcu" szanse takiego zakażenia pozwanej w czasie pobytu u pozwanego bądź w zupełnie innej nieznanej sytuacji jako rozkładające się po równo, czyli po 50%, akcentując zarazem trudności w dokonaniu precyzyjnego szacunku w realiach niniejszego przypadku. Sąd odwoławczy po tych wyjaśnieniach doszedł do przekonania, że związek przyczynowy zakażenia powódki wirusem HCV z zawinionym i bezprawnym działaniem

pozwanego szpitala został wykazany z dostatecznie wysokim stopniem prawdopodobieństwa, i przyjął odpowiedzialność szpitala, wskazując, że szpital nie wykazał, że zaistniały inne prawdopodobne przyczyny infekcji, względnie że konkretne warunki w jakich – według twierdzeń poszkodowanej – doszło do zarażenia, wykluczały taką możliwość. Zdaniem Sądu Apelacyjnego opinia biegłej nie „podważyła" owego wysokiego stopnia prawdopodobieństwa związku przyczynowego pomiędzy zakażeniem powódki wirusem żółtaczki typu C a poddaniem się przez nią zabiegowi laparoskopowego usunięcia wyrostka robaczkowego w ramach pobytu w okresie od 8.05 do 16.05.2008 r.

Sąd Apelacyjny podkreślił, że opinia biegłych ma na celu ułatwienie sądowi należytej oceny zebranego w sprawie materiału wtedy, gdy potrzebne są do tego wiadomości specjalne. Nie może ona natomiast być sama w sobie źródłem materiału faktycznego sprawy, zastępować sądu w spoczywającym na nim z mocy art. 233 § 1 k.p.c. obowiązku oceny całokształtu materiału dowodowego ani stanowić podstawy ustalenia okoliczności będących przedmiotem oceny biegłych. Ustalenie stanu faktycznego i ocena dowodów należy zawsze do sądu orzekającego, a biegli powinni udzielić odpowiedzi na konkretne pytania dostosowane do stanu faktycznego sprawy. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w tej sprawie wystarczy, że biegła wskazała samą możliwość zakażenia wirusem w szpitalu, zaś powódka wykazała, że przed 8.05.2008 r. nie była poddawana żadnym zabiegom, w trakcie których doszłoby do naruszenia tkanek, ani też nie wykonywała badań laboratoryjnych.

Sąd Apelacyjny przyjął także winę szpitala w zakresie braku zapewnienia powódce bezpieczeństwa pobytu. W tym zakresie oparł się na twierdzeniach powódki oraz ustalonym braku w dokumentacji medycznej z jej pobytu w pozwanej placówce wzmianki o użyciu sprzętu sterylnego. Praktykę zamieszczania takiej informacji, od lat funkcjonującą w pozwanym szpitalu, potwierdziła w zeznaniach pielęgniarka, która również nie stwierdziła występowania takiej adnotacji w okazanej jej na rozprawie dokumentacji.

Zdaniem Sadu Apelacyjnego okoliczność ta wpisuje się w treść zeznań powódki o złych warunkach sanitarnych panujących na oddziale chirurgii

ogólnej i transplantacyjnej pozwanego szpitala i okoliczności tej w ocenie sądu nie można było pominąć przy ocenie domniemania niedbalstwa personelu pozwanego szpitala w zakresie zapewnienia powódce bezpieczeństwa pobytu. W sytuacji zaś, gdy z opinii sporządzonej w sprawie wynika równy stopień prawdopodobieństwa zarażenia powódki wirusem żółtaczki w takich różnych okolicznościach i czasie, obowiązkiem powódki było wskazanie innych dowodów, które pozwoliłyby ustalić wyższy stopień prawdopodobieństwa jej zakażenia właśnie w pozwanej placówce medycznej i w jego ocenie strona powodowa wywiązała się z takiego ciążącego na niej obowiązku dowodzenia, gdyż co prawda – jak wynikało to z opinii biegłego – potencjalnie powódka mogła się zarazić wirusem HCV gdzieś indziej, ale całokształt materiału dowodowego i okoliczności tej sprawy wskazują, że z wysokim stopniem prawdopodobieństwa musiało to jednak nastąpić w pozwanym szpitalu. W rezultacie w głosowanej sprawie Sąd Apelacyjny tylko kwotowo zmienił wyrok sądu I instancji.

2. Oceniając głosowany wyrok, należy uznać, że prawidłowo Sąd Apelacyjny odwołał się do ustalonej linii orzeczniczej, że w tzw. procesach medycznych ustalenie przyczyny utraty lub pogorszenia zdrowia nie jest z reguły możliwe w sposób absolutnie pewny i dlatego wystarczy określenie z wysoką dozą prawdopodobieństwa istnienia takiego związku. W wyroku z 5.07.1967 r. (I PR 174/67, OSN 1968/2, poz. 26, uzasadnienie s. 53) SN stanął na stanowisku, że: „w procesie nie da się przeprowadzić dowodu «bez reszty». Jest to częstokroć utrudnione aktualnym stanem wiedzy medycznej, która nie zawsze jest w stanie dać stanowczą odpowiedź na każde pytanie. W takiej sytuacji sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, uznać dowód za przeprowadzony, mając na uwadze wysoki stopień prawdopodobieństwa".

Prawidłowo także Sąd Apelacyjny powołał się przy tym na instytucję domniemania faktycznego – art. 231 k.p.c. – i wskazał, że można, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, poprzestać na ustaleniu odpowiednio wysokiego stopnia prawdopodobieństwa pomiędzy działaniem (zaniechaniem) sprawcy a powstałą szkodą.

Podkreślenia wymaga jednak okoliczność, że ustalenie owego wysokiego stopnia prawdopodobieństwa wymaga analizy zarówno kwestii

materialnoprawnych w zakresie ustalania związku przyczynowego oraz winy, w tym winy bliżej nieidentyfikowanego członka personelu medycznego, jak i analizy kwestii proceduralnych, w szczególności w zakresie przyjętego domniemania faktycznego.

Wina sprawcy szkody oraz związek przyczynowy stanowią dwie samodzielne i w dużej mierze niezależne od siebie przesłanki odpowiedzialności deliktowej. Ich więź normatywna polega głównie na tym, że obie muszą zostać stwierdzone, zgodnie z wymogami stawianymi przez przepisy prawa procesowego, by doszło do obciążenia sprawcy szkody odpowiedzialnością[1].

Ustalenia w zakresie winy członków personelu medycznego stanowią odrębną kwestię, zarówno pod względem faktycznym, jak i normatywnym[2].

Wprawdzie wykazanie przez pacjenta, że do zakażenia go doszło podczas pobytu w szpitalu, pozwala na przyjęcie domniemania faktycznego, że było to spowodowane zaniedbaniem ze strony personelu medycznego, i wówczas na szpital przesuwa się ciężar ekskulpacji, ale nie można zakładać, iż zakażenie pacjenta w szpitalu w toku leczenia w każdym przypadku oznacza zaniedbanie w zakresie bezpieczeństwa sanitarnego[3].

Oznacza to konieczność dokładnego ustalenia przez sąd faktów mogących stanowić podstawę do zastosowania w zakresie winy sprawcy konstrukcji domniemania faktycznego, winy anonimowej lub dowodu *prima facie*.

Wszystkie te konstrukcje zwalniają ze żmudnego udowadniania winy, niemniej muszą być oparte na faktach dających podstawy do jej ustalenia. Domniemanie faktyczne (*praesumptio facti*) jest dozwolonym przez prawo rozumowaniem z faktów o faktach. Zastosowanie domniemania faktycznego ma na celu przezwyciężenie ewentualnych braków dowodowych

---

[1] Zob. wyrok SN z 14.01.2016 r., I CSK 1031/14, z głosą I. Adrych- Brzezińskiej, „OSP" 9/2019 poz. 84.

[2] Zob. I. Adrych-Brzezińska, *Glosa do wyroku SN z dnia 14 stycznia 2016 r., I CSK 1031/14*, „OSP" 9/2019 poz. 84.

[3] Zob. wyrok SN z 14.01.2016 r., I CSK 1031/14.

oraz usprawnienie dowodzenia w procesie cywilnym. Ze względu na ogólną regulację art. 231 k.p.c. jest tworzone przez sąd i może uznać on za ustalone fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, jeżeli wniosek taki można wyprowadzić z innych ustalonych faktów.

W przypadku winy anonimowej wystarczy poprzestać na stwierdzeniu, że zawinił „ktoś" z personelu medycznego, jeden z jego członków, jednak bliżej nieustalony. Jak wskazuje się w doktrynie, tym samym pojęcie winy zostaje oderwane od osoby działającego i od samego zachowania, a przeniesione na grunt dostrzeżonych wadliwości w działaniu całego zespołu osób, pod opieką którego pozostawał pacjent. W konsekwencji ocena zawinienia zostaje odniesiona do bardziej ogólnego faktu, jakim jest niezachowanie zasad higieny i staranności zawodowej. W praktyce skorzystanie z konstrukcji winy anonimowej często powiązane jest z wykorzystaniem wnioskowania opartego na domniemaniu faktycznym.

Z kolei dowód *prima facie* oparty na konstrukcji domniemań faktycznych zwalnia stronę ponoszącą ciężar dowodu od wykazania wszystkich etapów związku przyczynowego między pierwotnym zdarzeniem sprawczym a szkodą, wymaga jednak wysokiego prawdopodobieństwa istnienia pierwszego i kolejnych zdarzeń sprawczych, pozwalających traktować je jako oczywiste. Dowód taki nie wystarcza w razie wykazania okoliczności uprawdopodobniającej inną przyczynę zakażenia.

Zdaniem M. Nesterowicza przeprowadzenie dowodu *prima facie* jest uwarunkowane spełnieniem kilku przesłanek, tj. należy wykazać, że zdarzenie nie miałoby miejsca, gdyby pozwany dołożył należytej staranności, istnieje duże prawdopodobieństwo, że zdarzenie nastąpiłoby w czasie, gdy powód znajdował się pod kontrolą pozwanego, zachowanie powoda było bierne, tak by nie można było wyprowadzić wniosku, że sam sobie wyrządził szkodę, przyczyny szkody nie mogą być ustalone przy pomocy pewniejszych środków dowodowych, z okoliczności sprawy widoczne jest dopuszczenie się niedbalstwa, rzecz mówi sama za siebie (*res ipsa loquitur*)[4].

[4] Zob. M. Nesterowicz, *Ciężar dowodu winy w procesach lekarskich*, „Państwo i Prawo" 4–5/1968, s. 675–682.

W analizowanej sprawie Sąd Apelacyjny prawidłowo odniósł się do kwestii materialnoprawnych w zakresie ustalania związku przyczynowego oraz winy bliżej nieidentyfikowanego członka personelu medycznego. Natomiast krytycznie należy odnieść się do kwestii proceduralnych związanych z przeprowadzaniem postępowania dowodowego w zakresie przypisania szpitalowi winy anonimowej. Zastrzec jednak należy, że powyższe może wynikać z braku znajomości całości zebranych w sprawie dowodów.

W kwestii przyjęcia wysokiego prawdopodobieństwa winy szpitala przejawiającej się w zaniedbaniu w zakresie organizacji, bezpieczeństwa, higieny i opieki nad chorym Sąd Apelacyjny oparł się na twierdzeniach powódki o złych warunkach sanitarnych, wyjaśnieniach biegłej, iż warunki panujące w szpitalu mogły być przyczyną, a przynajmniej sprzyjały zakażeniu, pomimo tego, że z żadnych dowodów – poza twierdzeniami powódki – nie wynikała okoliczność tych złych warunków. Ponadto Sąd Apelacyjny jako jedynie „wartą podkreślenia" wskazał okoliczność braku wpisu w dokumentacji medycznej, że do zabiegu laparoskopii użyto sterylnych narzędzi, wskazując, że „okoliczność ta wpisuje się w treść zeznań powódki o złych warunkach sanitarnych panujących na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej pozwanego szpitala.

Pomijając twierdzenia powódki jako zainteresowanej, wskazać należy, iż biegła sądowa w swej opinii wskazywała na możliwość zarówno zarażenia powódki wirusem HCV w pozwanym szpitalu w okolicznościach przez nią opisanych, jak i wcześniej. Z kolei składając na rozprawie apelcyjnej dodatkowe wyjaśnienia, biegła ta na pytanie Sądu Apelacyjnego oceniła „w końcu"[5] szanse takiego zakażenia pozwanej w czasie pobytu u pozwanego bądź w zupełnie innej nieznanej sytuacji jako rozkładające się po równo, czyli po 50%, akcentując zarazem trudności w dokonaniu precyzyjnego szacunku w realiach niniejszego przypadku. Można odnieść wrażenie, że niejako „przyciśnięcie" biegłej do wskazania równego stopnia prawdopodobieństwa otworzyło dopiero możliwość stwierdzenia

[5] Zastanawiające i dające do myślenia jest użycie przez sąd w uzasadnieniu wyrażenia „w końcu".

przez sąd, że najistotniejszym czynnikiem ryzyka zakażenia powódki wirusem HCV był zabieg operacyjny wykonany w pozwanym szpitalu w maju 2008 r., albowiem w porównaniu z tym czynnikiem inne okoliczności zarażenia były znacznie mniej prawdopodobne.

O ile z aprobatą należy przyjąć uznanie przez Sąd Apelacyjny, w oparciu o domniemanie faktyczne, że w kontekście okoliczności sprawy, nawet przy równym (po 50%) ustalonym prawdopodobieństwie zakażenia w szpitalu, obowiązkiem pozwanego było wskazanie innych dowodów, które pozwoliłyby ustalić wyższy stopień prawdopodobieństwa zakażenia powódki właśnie w pozwanej placówce medycznej (zob. wyrok SN z 17.11.2010 r., I CSK 67/10, LEX nr 688666), to za nieprawidłowe od strony proceduralnej uznać należy potraktowanie po macoszemu drugiego bardzo ważnego elementu odpowiedzialności deliktowej, tj. winy sprawcy szkody. Nie zasługuje na akceptację przyjęcie przez Sąd Apelacyjny, poprzez domniemanie faktyczne, niedbalstwa personelu szpitala w zakresie zapewnienia powódce bezpieczeństwa pobytu w kontekście jedynie wyjaśnień powódki oraz „wymagającej zaakcentowania" okoliczności braku w prowadzonej dla powódki dokumentacji medycznej wzmianki o użyciu sprzętu sterylnego oraz ogólnych ustnych wyjaśnień biegłej, co do których można wnioskować, że odnosiły się do samej zasady możliwości wpływu złego stanu sanitarnego na tego typu zakażenia, a nie odnosiły się do rzeczywiście istniejącego stanu w szpitalu. Z kolei przechodząc do braku wpisu do dokumentacji medycznej użycia sterylnych narzędzi, należy wskazać, że obowiązujące przepisy dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej nie nakładały obowiązku takowego wpisu[6]. Zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 3 ustawy z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi na kierowników podmiotów leczniczych nałożono obowiązek opracowania, wdrożenia i nadzoru nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym dekontaminacji zestawów zabiegowych oraz powierzchni

[6] Z uzasadnienia sądu wynika, że była to dokumentacja papierowa, aktualnie dokumentację medyczną prowadzi się wyłącznie w formie elektronicznej.

pomieszczeń i urządzeń. Tak więc poziom „sterylności" użytych narzędzi reguluje procedura wewnętrzna podmiotu medycznego, a nie dokumentacja medyczna. W praktyce podmiotów medycznych procedura taka przewiduje, że po wykonaniu procedury u chorego z użyciem materiału sterylnego należy oddzielić etykietę z użytego pakietu/zestawu i umieścić w „Indywidualnej karcie użytego wyrobu sterylnego do zabiegu operacyjnego". Kartę tę przechowuje się zwykle w dokumentacji medycznej chorego. Jest to jednak odrębny dokument i do zeznań w charakterze świadka pielęgniarki, która zeznała, że w praktyce szpitala było dokonywanie wpisu w samej dokumentacji medycznej, należy podejść mocno krytycznie. Ponadto w art. 14 ust. 2 ww. ustawy na kierowników podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne nałożono obowiązek prowadzenia tzw. rejestru zakażeń. Rejestr ten – jak wynika z § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 23.12.2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala – jest prowadzony w formie indywidualnych kart rejestracji. Z dostępnego stanu faktycznego nie wynika niestety, że kwestia ta była brana w ogóle pod uwagę, a mogłaby być istotna w kontekście budowy winy w oparciu o domniemanie faktyczne, tym bardziej że biegła nie wskazała, że zakażenie wirusem musiało nastąpić w braku dbałości o dostateczną sterylizację[7].

Podkreślenia wymaga okoliczność, że ze stanu faktycznego przytoczonego w uzasadnieniu Sądu Apelacyjnego nie wynikają żadne inne okoliczności przemawiające za winą szpitala uzasadniające zastosowanie w tym zakresie konstrukcji domniemania faktycznego – winy anonimowej lub konstrukcji dowodu *prima facie*, które mogłoby pozwolić na wyciągnięcie wniosku o dopuszczeniu się niedbalstwa przez personel pozwanego szpitala (np. związek czasowy pomiędzy przebytą operacją a ujawnieniem zakażenia, fakt zakażenia innych pacjentów w podobnym

[7] W wyroku SA w Poznaniu z 19.08.2015 r., IACa 286/15, sąd w oparciu o zeznania biegłej ustalił, ze do zakażenia doszło na skutek braku dostatecznie sterylnych narzędzi.

przedziale czasowym, negatywne wyniki kontroli czy też opinia biegłej o braku dostatecznej sterylności narzędzi jako przyczynie zakażenia).

Samo ustalenie faktu, który był przyczyną szkody powoda w postaci zakażenia, nie rozwiązuje jeszcze wszystkich problemów związanych z udowadnianiem przesłanek odpowiedzialności deliktowej, albowiem jak wyżej już wskazano za wyrokiem Sądu Najwyższego z 14.01.2016 r., I CSK 1031/14, nie można zakładać, iż „zakażenie pacjenta w szpitalu w toku leczenia w każdym przypadku oznacza zaniedbanie w zakresie bezpieczeństwa sanitarnego". Także w wyroku z 2.06.2010 r., dotyczącym zakażenia pacjenta gronkowcem, SN uznał, że dowód *prima facie* zwalnia stronę obciążoną ciężarem dowodu od żmudnego wykazywania wszystkich etapów związku przyczynowego między pierwotnym zdarzeniem sprawczym a szkodą, wymaga jednak wysokiego prawdopodobieństwa istnienia pierwszego i kolejnych zdarzeń sprawczych, pozwalających traktować je jako oczywiste[8]. W konsekwencji ocena zawinienia zostaje odniesiona do bardziej ogólnego faktu, jakim jest niezachowanie zasad higieny i staranności zawodowej[9].

Przepisy, zarówno prawa materialnego, jak i procesowego, nie wskazują na kolejność ustanawiania w procesie medycznym przesłanki winy oraz związku przyczynowego ani na ich zależność, albowiem obie omawiane przesłanki pozostają odrębnymi, podlegającymi udowodnieniu faktami w rozumieniu art. 6 k.c. Nie trzeba dowodzić „bez reszty", ale obie przesłanki muszą być wykazane z wysokim prawdopodobieństwem. W sytuacji, gdy personelowi medycznemu, bardziej lub mniej zidentyfikowanemu, nie można przypisać zdarzeń składających się na przyjęcie z wysokim prawdopodobieństwem uchybień wskazujących na winę, to nie można także doszukiwać się między tymi czynnościami a uszczerbkiem powoda adekwatnego związku przyczynowego. Ustalenie, że zachodzi związek przyczynowy pomiędzy przyczyną a skutkiem, jest procesem

[8] Tak: wyrok SN z 2.06.2010 r., III CSK 245/09, niepubl.

[9] Tak: B. Janiszewska, *Dowodzenie winy w procesach lekarskich (uwagi na tle wyroku Sąd Apelacyjnego w Białymstoku)*, „Przegląd Sądowy" 11–12/2001, s. 197.

niezależnym od ustalania, czy zdarzenie powodujące szkodę było działaniem zawinionym.

Można więc stwierdzić, że w komentowanej sprawie Sąd Apelacyjny, niezasadnie przyjmując stopień wysokiego prawdopodobieństwa winy anonimowej, oparł *de facto* odpowiedzialność na zasadzie ryzyka, w sytuacji gdy w ustawodawstwie polskim odpowiedzialność szpitala oparta jest za zasadzie winy i automatycznie nie staje się odpowiedzialnością na zasadzie ryzyka, co podkreślił SN w wyroku z 14.01.2016 (ICSK 1031/14, „OSP" 9/2019, poz. 84).

Summary

Gloss to the Judgment of the Court of Appeal in Szczecin dated December 29, 2014 – Organizational Fault of the Medical Facility

The gloss refers to the judgment of the Court of Appeal in Szczecin dated December 29, 2014, in a case concerning the plaintiff's infection with the HCV virus during a hospital stay. In this case, the courts had to address issues of the medical facility's tort liability, based on medical records, expert opinions, and testimonies. The main issue was the possibility of infection occurring at the hospital and potential negligence by the medical staff. The Court of Appeal's ruling relied on the application of the so-called anonymous fault and the prima facie evidence doctrine. However, procedural analysis raises certain doubts regarding the establishment of the hospital's liability. The gloss highlights significant issues related to hospital-acquired infections, including the evidentiary difficulties that arise in medical cases. It criticizes the fact that the court largely relied on factual presumption, without concrete evidence of negligence by the medical staff.

Keywords: organizational fault, HCV infection, tort liability, hospital-acquired infection, anonymous fault, prima facie evidence